Programa de Acción: Accidentes

SECRETARÍA DE SALUD
SSA
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción

Accidentes

Programa de Acción: **Accidentes**

Primera Edición, 2002

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-041-9

Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social

Dr. Eduardo Vázquez-Vela Sánchez
Director General del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes

Índice

Introducción — ***7***

I. En dónde estamos — ***11***
- Demografía y salud — 13
- Epidemiología de los accidentes — 13
- Definición de accidentes y clasificación de las lesiones — 20
- Atención de los lesionados en accidentes — 21

II. Marco jurídico-legal — ***23***

III. A dónde queremos llegar — ***29***
- Visión — 31
- Misión — 31
- Metas — 31

IV. Objetivos del programa — ***33***
- Objetivo general — 35
- Objetivos específicos — 35

V. Nuestra intervención — ***37***
- Estrategias y líneas de acción — 39
  - Impulsar y fortalecer las acciones de prevención — 39
  - Adecuar los sistemas de registro, proceso, almacenado y análisis de la información — 42
  - Impulsar la adecuación del marco jurídico — 42
  - Proyectar la Norma Oficial Mexicana para la atención prehospitalaria de urgencias médicas — 44
  - Promover la atención integral de los lesionados en accidentes — 45
  - Fomentar la capacitación — 48
  - Evaluar los resultados de las acciones y estratégias — 49

VI. Apéndice — ***51***
- Glosario de términos — 53
- Abreviaturas y acrónimos — 54

Introducción

Introducción

Los accidentes son un problema de salud pública. En el mundo mueren diariamente alrededor de 16 000 personas, mientras que en México son responsables de un fallecimiento cada 15 minutos. Las lesiones que producen ameritan más de tres millones de consultas en los servicios de urgencias y ocupan cerca de 2 millones y medio de días-cama en los hospitales del sistema de salud del país. El número de discapacitados que generan es creciente y su repercusión social y económica resulta alarmante. La OMS considera que el 2% de la población mundial sufre de alguna discapacidad consecutiva a lesiones producto de eventos accidentales.

Los accidentes son la primera causa de muerte entre los escolares y en la edad productiva. Ocurre como promedio a los 37 años de edad.

Expertos en la materia sugieren que 9 de cada 10 accidentes pueden ser evitados y en todos ellos sus efectos adversos puedan ser atenuados.

Las autoridades tanto médicas como políticas, de algunos países, han tardado en reconocer este hecho y han pospuesto acciones encaminadas a prevenirlos y enfrentarlos.

Los sistemas de registro utilizados actualmente, a pesar de las grandes deficiencias que manifiestan, ubican a los accidentes como la cuarta causa de muerte, precedidos únicamente por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las complicaciones de la diabetes mellitus.

El impacto en salud es más evidente si consideramos que ocupan el primer lugar como causa de muerte entre los escolares y en la población en edad productiva. Ocurren en promedio a los 37 años de edad y son la segunda causa de orfandad y la tercera de hospitalización además de ser responsables de pérdidas económicas por más de $63 000 000 000 (sesenta y tres mil millones de pesos).

Algunos estudios efectuados por países en desarrollo revelan que la mortalidad por accidentes viales ha aumentado significativamente en un período de 15 años: 450% en Tailandia, 250% en Venezuela y 600% en México.

La clasificación internacional de enfermedades agrupa a las lesiones ocurridas en eventos accidentales dentro de las de causa externa (LCE) que incluyen a las intencionales y a las no intencionales.

En este programa nos ocuparemos únicamente de las no intencionales tanto en lo que se refiere a acciones preventivas como en lo que respecta al manejo de los lesionados en accidentes viales, en el hogar, en el trabajo, en la escuela, en el deporte y la recreación.

Las lesiones por accidentes son responsables de grandes pérdidas para la economía de los países, de descalabros importantes para los individuos lesionados en estos eventos y de serias amenazas para la vida familiar. En ocasiones terminan con la vida de los individuos, en otras los discapacitan alterando la estabilidad familiar y casi siempre afectan a la comunidad entera.

Los accidentes son un problema de salud pública. La mayor parte de ellos pueden prevenirse.

Los países en desarrollo con frecuencia presupuestan recursos insuficientes para cubrir sus necesidades en el rubro de salud a pesar de lo cual se ven obligados a aplicar un alto porcentaje de ellos a la atención y tratamiento de los lesionados por accidentes.

En México se otorgaron en el año 2000 más de tres millones de consultas por accidentes, el 43% de ellas a individuos con lesiones que les impiden reincorporarse a su actividad laboral antes de un año de ocurrido el percance.

Los costos generados por la atención de los lesionados en accidentes repercuten negativamente en la economía de nuestro país.

En la literatura mundial encontramos información que al comparar la atención prehospitalaria de los accidentados, concluye que el manejo del paciente en el sitio del accidente y su traslado a la unidad hospitalaria son determinantes para la evolución y resultado final del percance.

Lo anteriormente expuesto orienta el Programa para la Prevención y Control de Accidentes a las siguientes estrategias:

- Reforzar la prevención.
- Adecuar y perfeccionar los sistemas de información.
- Fortalecer la investigación epidemiológica.
- Adecuar el marco jurídico-legal del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
- Promover la atención integral de las personas lesionadas en accidentes.
- Introducir el reglamento o Norma Oficial Mexicana para la atención prehospitalaria de urgencias médicas.
- Impulsar la capacitación y certificación de los técnicos en urgencias médicas y del personal involucrado en el manejo de los lesionados en eventos accidentales.
- Adecuar el marco jurídico-legal para forzar la obligatoriedad en la adopción, aplicación y sanción de las medidas para prevenir accidentes.
- Elaborar indicadores de evaluación y seguimiento.

El Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, creado por decreto presidencial en marzo de 1987, es presidido por el secretario de Salud. Lo integran, además, las Secretarías de Educación Pública, Comunicaciones y Transporte, Trabajo y Previsión Social, Hacienda y Crédito Público, la Procuraduría General de la República, el DIF y los Institutos Mexicano del Seguro Social y de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. En varias reuniones con los representantes de los titulares de cada una de ellas, se definieron las acciones que se señalan como prioritarias en este programa.

Las 31 entidades Federativas y el Gobierno de la Ciudad de México, a través de sus Consejos y del comité Estatal respectivamente, trabajaron con el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes en la elaboración del Programa de Acción de Accidentes.

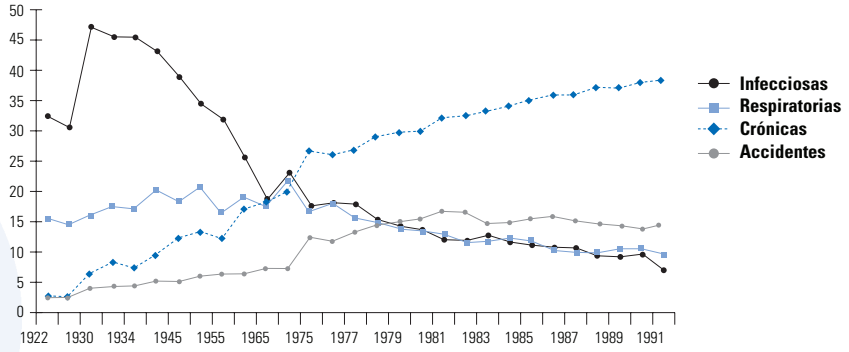
I. En dónde estamos

I. En dónde estamos

Demografía y salud

Los accidentes son responsables de aproximadamente el 10% del total de muertes registradas en el mundo. Son uno de los principales problemas de salud pública de México, tanto por su contribución a la carga en mortalidad como en discapacidad y forman parte del proceso de transición en salud por el que atraviesa el país. Se reconocen dos procesos fundamentales: el primero representado por una transición demográfica caracterizada por el lento envejecimiento de la población y el segundo por la transición epidemiológica.

Transición epidemiológica



Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. México, 1999.

Figura 1

Se muestra el descenso de las enfermedades infectocontagiosas contra el incremento de los accidentes.

Epidemiología de los accidentes

El Centro y el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes dedican sus acciones a la prevención y control de accidentes. Las actividades se centran en los accidentes viales, denominados también como de tráfico o tránsito, los que ocurren en el hogar, los que se presentan en el trabajo, los que se asocian a las actividades deportivas y recreativas y los que suceden en el entorno escolar.

Es indispensable modificar y complementar los sistemas de información epidemiológica para identificar los puntos de riesgo y poder intervenir con acciones efectivas.

El análisis epidemiológico sobre mortalidad y morbilidad se realiza sobre la base de los datos reportados por el INEGI y por los sistemas de información del sector salud respectivamente. Estos últimos registran las lesiones de acuerdo a la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades, la cual enmarca a las lesiones por accidentes dentro de las de causa externa y no intencionales.

La información disponible en los sistemas de registro permite dimensionar la magnitud del problema que para la salud representan los accidentes. Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico es necesario analizar cuidadosamente dichos sistemas para modificar y complementar los rubros que la

integran. La información oportuna, confiable y completa representa el primer paso hacia la aplicación de medidas preventivas que sean eficientes y efectivas.

Los datos que reporta el INEGI, hasta el momento de esta publicación, manifiestan lo ocurrido en el año de 1999 es decir, 24 meses atrás. El sistema estadístico epidemiológico de defunciones ofrece información mucho más reciente que resulta de gran utilidad pero que requiere ser validada por el INEGI para ser considerada como oficial.

Los certificados de defunción son la fuente oficial de la mortalidad por accidentes; su formato puede ser ampliado y perfeccionado y el personal responsable de su registro debe de ser capacitado para el correcto llenado de los mismos. El formato actual no refleja las características del evento que permitan ubicarlo espacialmente. Por otro lado, existe un claro subregistro debido a que cuando la muerte ocurre en la unidad médica donde se otorgó la atención de urgencia, la causa se atribuye a la falla orgánica que ocasionó el deceso y el accidente ya no se reconoce como causante de la muerte.

La tasa de mortalidad por accidentes en México es de 34.5. En el año de 1999 fallecieron 35 690 personas como consecuencia de las lesiones sufridas en accidentes ocurridos en diferentes entornos. Destacan por su frecuencia los viales sobre los que se presentan en el hogar y la escuela, en el trabajo y durante actividades deportivas y de recreación.

Los accidentes son la primera causa de muerte en la edad productiva y ocurren como promedio a los 37 años de edad.

A pesar del registro inadecuado y de que en aproximadamente el 30% de los fallecimientos por accidentes no se verifica el tipo de accidente y el sitio de ocurrencia, las cifras disponibles colocan a los accidentes viales en el primer lugar entre los causantes de muerte. Dentro de ellos los atropellamientos son los mas frecuentes.

Si bien es cierto que en mortalidad general ocupar la cuarta posición y que el 8.3 del total de fallecimientos son consecuencia de los accidentes, en los niños entre 1 y 15 años de edad llegan a ocupar el primer lugar. Hace más evidente el impacto que representan para la sociedad ubicarlos como la primera causa de muerte en la edad productiva del individuo y que ocurren en promedio a los 37 años de edad.

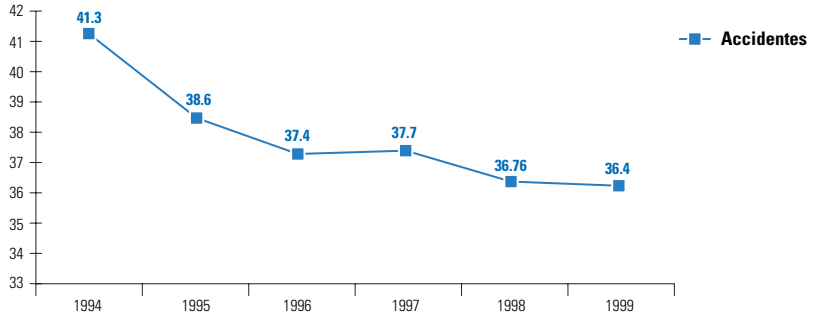
Algunas predicciones de organismos internacionales, señalan que para el año 2020, en el mundo, la segunda causa de años de vida perdidos será por accidentes de tránsito.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), México, por la proporción de defunciones por accidentes que registra, se encuentra en la quinta posición con respecto a todos los países del continente americano.

Entre 1994 y 1999, las muertes por accidentes representaron el 8.0 % de todas las defunciones registradas. La curva de mortalidad se ha modificado rápidamente: en 1994 la tasa registrada fue de 41.37 y en 1999 desciende a 36.4.

Figura 2

Curva de mortalidad por accidentes



Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. México, 1999.

La curva descendente se explica más por la ampliación en la cobertura de los servicios de salud para población asegurada y no asegurada, ocurrida en los últimos tres lustros que como resultado de acciones en materia de prevención y control de accidentes.

A pesar de lo anteriormente señalado, los accidentes continúan ocupando el cuarto lugar como causa de muerte.

Cuadro 1
Principales causas de muerte, México 1999

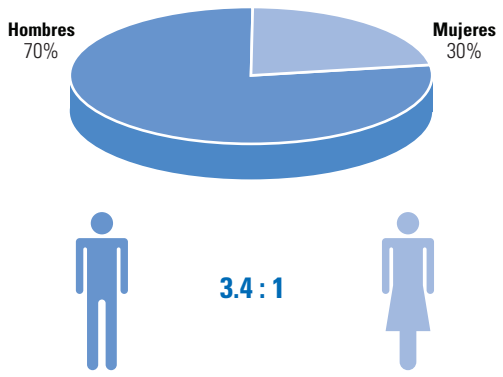
Posición	Padecimiento	Defunciones	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	69 278	70.6
2	Tumores malignos	53 662	54.7
3	Diabetes mellitus	45 632	46.5
4	**Accidentes**	**35 690**	**36.4**
5	Enfermedades del hígado	27 040	27.6
6	Enfermedades cerebro vasculares	25 836	26.3
7	Afecciones período perinatal	19 268	19.6
8	Neumonía e influenza	14 068	14.3
9	Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente	12 249	12.5
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 319	11.5

*Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. México, 1999.

En promedio, el 70% de las muertes por accidente ocurren en individuos del genero masculino; la relación hombre-mujer ha sufrido una ligera modificación en los últimos seis años, posiblemente por la mayor participación de la mujer en actividades laborales antes reservadas al varón.

Figura 3

Mortalidad por accidentes según sexo



El análisis por grupos de edad y por año, comparando las cifras de 1994 con las de 1999, nos muestra un descenso en todos los grupos excepto en el de los menores de cinco años *(Cuadro 2)*. Aun cuando se observa una disminución en la tasa de los mayores de 65 años, la mortalidad dentro de este grupo se incrementa conforme avanza la edad.

Cuadro 2
Mortalidad por accidentes por grupo de edad 1994-1999

Grupo de edad	Defunciones		Tasa*	
	1994	1999	1994	1999
< 5	3 341	3 216	28 .3	29.1
5-14	2 727	2 631	12.6	11.8
15-64	24 770	23 351	46.3	39.7
65 y más	5 962	5 861	162.3	132.2
Total	**37 234**	**35 517**	**41.4**	**36.7**

*Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. México, 1999.

Durante el año de 1999, cinco estados reportaron las tasas más elevadas: Baja California (53.4), Chihuahua (49.0), Puebla (43.2), Tlaxcala (43.0), Zacatecas (42.1); y tres entidades registraron las más bajas: Distrito Federal (25.1), Estado de México (29.2) y Veracruz (27.4).

Distribución geográfica de mortalidad por accidentes

Figura 4

Tasas más elevadas

Baja California	53.4
Chihuaha	49.0
Puebla	43.3
Tlaxcala	43.0
Zacatecas	42.1

Tasas más bajas

Distrito Federal	25.1
Estado de México	29.2
Veracruz	27.4

Cuadro 3
Distribución estatal de mortalidad por accidentes

Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*
Aguascalientes	371	38.5
Baja California	1 244	53.4
Baja California Sur	154	38.6
Campeche	263	37.7
Coahuila	718	30.5
Colima	205	38.4
Chiapas	1 554	38.9
Chihuahua	1 476	49.0
Distrito Federal	2 203	25.1
Durango	559	36.8
Guanajuato	1 453	38.7
Guerrero	1 083	34.7
Hidalgo	931	40.8
Jalisco	2 600	40.5
México	3 749	29.2
Michoacán	1 646	39.4
Morelos	532	34.1
Nayarit	352	37.1
Nuevo León	1 248	32.8
Oaxaca	1 413	39.9
Puebla	2 185	43.2
Queretaro	504	36.4
Quintana Roo	314	39.6
San Luis Potosi	780	32.8
Sinaloa	995	40.0
Sonora	919	41.5
Tabasco	802	42.1
Tamaulipas	929	34.4
Tlaxcala	417	43.0
Veracruz	1 934	27.4
Yucatán	501	30.3
Zacatecas	603	42.1
Mexicanos	**35 690**	**36.4**

*Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. México, 1999.

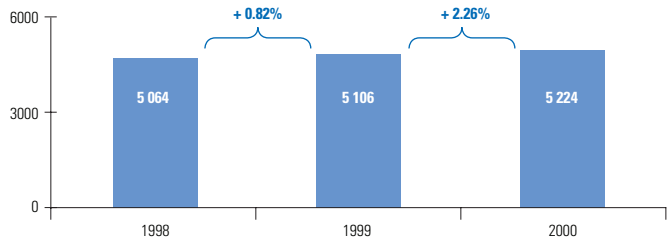
El pleno desarrollo de México requiere, para su progreso, de la transportación masiva por carretera de personas y productos. Considerando el volumen de esta actividad, la importancia económica y social derivada de la siniestralidad que presentan resulta innegable.

Cabe señalar que los accidentes de tránsito son una consecuencia natural de la actividad del tráfico vehicular y se pueden reducir en su magnitud y severidad, si se aplican las medidas preventivas y correctivas adecuadas. El incremento en la mortalidad y morbilidad por accidentes en carreteras federales ha continuado en los últimos 3 años.

Figura 5

Mortalidad y morbilidad por accidentes en carreteras federales

	1998	1999	2000
Accidentes	60 951	60 507	61 146
Lesionados	35 086	36 528	38 434
Muertos	5 064	5 106	5 224



Daños materiales
Costo anual $ 1 835 571 060. 00

¿Costo social?

La mortalidad, morbilidad y siniestralidad son 6 veces más altas que en países desarrollados.

Con relación al total de vehículos que circulan en las carreteras federales, la incidencia de accidentes fue de 423 por cada 100 000 vehículos circulantes. La mortalidad corresponde a 35.7 defunciones por cada 100 000 vehículos circulantes, y la letalidad a 14.2 muertos por cada 100 lesionados. Estas cifras son seis veces más altas que las que reportan países de la Comunidad Económica Europea y los Estados Unidos de Norteamérica.

Conforme a la información proporcionada por la Policía Federal Preventiva (PFP), al igual que en años anteriores, las Entidades Federativas que reportan mayor número de incidentes viales son: Veracruz (8.4%), Estado de México (7.6%) y Tamaulipas (5.6%).

No se dispone de información sobre accidentes en carreteras estatales ni en áreas urbanas.

En cuanto a las causas determinantes de accidentes, el factor humano (conductor, pasajero o peatón) se reporta como el principal responsable de los mismos (86%) y el exceso de velocidad como la causa más frecuente (51%).

La información reportada se refiere únicamente a los accidentes en carreteras federales por ser la única disponible. Respecto a los que se presentan en caminos estatales y municipales y a los incidentes urbanos, el registro apenas empieza a efectuarse gracias a la participación de los Consejos y Comités estatales.

Morbilidad

El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) registra la información respecto a lesionados en accidentes. En el año de 1999 se otorgaron 984 901 consultas a lesionados en accidentes (DGEI/1999). El Instituto Mexicano del Seguro Social reportó en el mismo período haber atendido a 1 116 612 (un millón ciento dieciséis mil seiscientos doce) lesionados.

La atención de lesionados en accidentes representa la tercera causa de hospitalización, el promedio de estancia es de seis días lo que resulta en 2.5 millones de días estancia hospitalaria.

En lo que se refiere a morbilidad, los accidentes que ocurren en el hogar ocupan el primer lugar en frecuencia.

La Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño reporta que en el año de 1999 se otorgaron 2 101 513 consultas médicas a lesionados en accidentes. Los sitios de ocurrencia se señalan en el *cuadro 4*.

Cuadro 4
Número y lugar de ocurrencia de los accidentes

Accidentes	Población no asegurada	Población asegurada	Total
Hogar	345 976	391 402	737 378
Vía Pública	301 131	267 242	568 373
Trabajo	123 365	349 174	472 539
Escuela	56 367	28 193	84 560
Recreación	50 054	58 077	108 131
Otros	108 008	22 524	130 532
Total	**984 901**	**1 116 612**	**2 101 513**

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Boletín de Información Estadística No. 19, vol. I,1999.

La Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STyPS) informa que en el año 2000, se registraron 357 232 accidentes de trabajo y como consecuencia de ellos l 730 defunciones y 15 354 incapacidades permanentes.

Los daños a la salud que resultan de un accidente en el trabajo o en trayecto al sitio laboral, se traducen en incapacidades físicas, parciales o totales, temporales o definitivas que representan pérdidas sumamente importantes para el país. Por un lado desquician el equilibrio familiar y comunitario y por el otro, ocasionan pérdidas económicas muy cuantiosas.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene una población trabajadora que asciende a 2 327 034 y tiene una cobertura de 9 218 027 derechohabientes. El comportamiento anual de los riesgos de trabajo del último lustro se desglosa a continuación. Refleja lo que ocurre en el desempeño de las labores y en el trayecto al y del sitio de actividades así como las enfermedades profesionales.

Cuadro 5
Riesgos de trabajo

1996	2 433
1997	2 183
1998	3 123
1999	2 532
2000	2 951

El número de enfermedades profesionales fue de 386, que equivale al 2.60% del total de riesgos.

En el ámbito nacional, los estados que presentan mayor incidencia de riesgos del trabajo son:

- Guanajuato 42.74%
- Zona sur del Distrito Federal 39.41%
- Aguascalientes 33.46%

Como consecuencia de los accidentes que ocurren en el sitio de trabajo se generan diferentes grados de incapacidad con los porcentajes que se señalan a continuación:

- Incapacidad total permanente 3.60%
- Incapacidad total temporal 62.99%
- Incapacidad parcial permanente 28.50%
- Defunciones 5.16%

Corresponde a los accidentes de trabajo el primer lugar en costo económico para el país. Su repercusión en este aspecto sobrepasa los cincuenta y dos mil millones de pesos.

Definición de accidentes y clasificación de las lesiones

La sociedad en general considera que los accidentes son producto de la casualidad, desgracia, contratiempo, catástrofe, infortunio, desventura o cualquier otra situación relacionada al azar, a lo inevitable y que poco se puede hacer para prevenirlos o evitarlos.

La Ley General de Salud define al accidente como el hecho súbito que ocasione daños a la salud y que se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

La OPS asocia el término a una cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional (con perjuicio a las personas) y con consecuencias de daño material.

El factor humano interviene como elemento causal en cerca del 90% de los casos.

Conforme a la clasificación internacional de enfermedades, los accidentes se clasifican dentro de las lesiones no intencionales, diferenciándose claramente de las lesiones intencionales como los homicidios (lesiones infligidas por una persona), suicidios (lesiones autoinflingidas) y otro tipo de violencias (como la intrafamiliar).

Conforme a la OPS el término accidente se asocia a una cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencionada.

La morbilidad ocasionada por las lesiones de causa externa genera una considerable demanda de servicios de atención de urgencias, que aumentan los costos de operación del sector salud e incide negativamente en la calidad y cobertura al obligar a destinar recursos adicionales para satisfacer la demanda.

Atención de los lesionados en accidentes

El manejo del lesionado en accidentes es heterogéneo y bien puede ejemplificar la inequidad y la desigual calidad en la atención que se otorga a los habitantes del país; además, con frecuencia pone en peligro la seguridad financiera de las familias mexicanas. La solidaridad social y familiar hace que se disponga de los precarios recursos de los individuos, las familias y la comunidad para apoyar a quien tiene el infortunio de afrontar las consecuencias de un accidente.

En términos generales podemos asegurar que no existe un sistema de atención prehospitalario de urgencias médicas en el que el ciudadano pueda confiar. Cuando ocurre un accidente es prácticamente imposible prever quién se encargará de la atención del lesionado en el sitio del percance, en qué vehículo será transportado, quién se responsabilizará del tratamiento durante el traslado y en qué unidad de servicios será atendido.

Es necesario estructurar un sistema de atención pre-hospitalaria de urgencias médicas que permita otorgar la atención adecuada al accidentado.

En pocos estados de la República Mexicana se han sistematizado y reglamentado los servicios de atención de urgencias. Los resultados obtenidos en la medición de la mortalidad y morbilidad se han evidenciado de manera inmediata.

La participación de instituciones privadas como la Cruz Roja y agrupaciones altruistas han cubierto durante décadas el vació que las autoridades de salud dejaron en aras de controlar los problemas de salud pública urgentes y emergentes. La buena voluntad y gran disposición de dichos grupos no ha logrado satisfacer la demanda de servicios de la población. La falta de recursos de muchos de estos grupos hace imposible que cuenten con el equipo material y humano que la medicina moderna pone a disposición de la sociedad.

Los expertos alemanes lograron demostrar a las autoridades responsables el ahorro que significa la inversión realizada para la atención oportuna y adecuada del individuo lesionado en accidentes. Esto evidencia que más que un gasto, los recursos que se destinen a este rubro, representan una inversión recuperable a corto plazo.

La necesidad de contar con un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas es por demás evidente. Los beneficios humanos, sociales, económicos y políticos serían percibidos por la sociedad en forma inmediata.

II. Marco jurídico-legal

II. Marco jurídico-legal

La prevención y control de accidentes requiere de un marco jurídico-legal fuerte y definido. Es necesario conocer el marco legal en el que se apoyan las acciones que actualmente llevan a cabo el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes.

Es necesario respaldar las acciones en un marco jurídico legal fuerte y definido.

Este programa se desarrollará con el respaldo de los siguientes ordenamientos legales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Decreto de Creación.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículos 4, 10, 14, 17, 20 fracción II, 21, 22, 73 frac. 16 y 21.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

Artículo 27, fracción XVIII, artículo 39.

Ley General de Salud:

Artículos 3°, fracciones XV y XVI, 5°., 13 apartado A, fracción I27, fracción II, 55, 56 59, 133, 134, 135, 141, 143, 148, 151, 154, 162, 163, 164, 165, 166, 181, 343, 345, 351, 353, 393, 404, fracciones III, VII, VIII, IX. XII, y XIII y 431.

Ley Federal del Trabajo:

Artículos 42, fracciones III, IV, 51, fracción II.

Ley General de Población:

Artículo 126, 139bis.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización:

Artículos 38, fracción II, 40, fracción I; XI y XVIII, 46 y 47.

La Ley de la Policía Federal Preventiva:

Artículos 1, 4, fracciones I, II; III, IV.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

Artículos 1, 30, 31, fracciones IV, IX, X, XI.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud:

Artículos 3, 4 y 34 Centro Nacional para la Prevención de Accidentes.

Articulo 37, fracciones I, III, IV, VII, IX y XIV.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Capítulo IV, artículos 60 y 70.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:

Capítulo único, artículos 5 y 6.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad:

Artículo 11, fracción III.

Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social:

Artículo 17, fracciones XXII y XXIII.

Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

Artículo 24.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General:

Artículos 7, fracciones IV; V; VI, VII; VIII.

Decretos

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

Con objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el veinte de marzo de mil novecientos ochenta y siete, referencias publicadas en el Diario Oficial de la Federación el quince de junio de mil novecientos setenta y nueve y diecisiete de agosto de mil novecientos ochenta y cuatro.

Decreto por el que se crea el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día cinco de julio del 2001.

Acuerdo

Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el veintisiete de septiembre de mil novecientos noventa y cinco.

Normas

Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el once de abril del dos mil y entra en vigor el doce de abril del dos mil.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de noviembre de mil novecientos noventa y cuatro (proyecto) y once de octubre de mil novecientos noventa y nueve (aprobación).

Norma Técnica No. 54, para la prevención, atención y control de daños a la salud en casos de accidente.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinte de agosto de mil novecientos ochenta y cuatro.

Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Es necesario adecuar la legislación, la normatividad y los reglamentos con objeto de impulsar, con su apoyo, las medidas preventivas que permitan disminuir la mortalidad y morbilidad ocasionada por los accidentes.

III. A dónde queremos llegar

III. A dónde queremos llegar

Visión

Reducir la mortalidad, disminuir las lesiones por accidentes y crear un órgano colegiado que investigue, proponga, determine y evalúe las políticas nacionales para la prevención y control de accidentes.

Misión

Conocer la repercusión epidemiológica de los accidentes para poder prevenirlos y a la vez normar y gestionar la atención adecuada de los lesionados en estos incidentes.

Para lograr lo anteriormente establecido es necesario:

- Desarrollar la cultura de la prevención para disminuir los factores de riesgo.
- Prevenir accidentes en el hogar como las caídas, quemaduras, intoxicaciones, ahogamientos y envenenamientos.
- Prevenir muertes por atropellamiento y colisiones.
- Prevenir accidentes en el trabajo y en el trayecto.
- Prevenir accidentes deportivos y recreativos.
- Estructurar un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas respaldado por una Norma Oficial Mexicana.

Metas

Las metas de impacto para el período 2001-2006 son las siguientes:

- Reducir l7 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir l3 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

IV. Objetivos del programa

IV. Objetivos del programa

Objetivo general

Establecer políticas, estrategias, programas y acciones para la prevención de lesiones, fundamentadas en un sistema de vigilancia epidemiológica, que permita observar y actuar en cada estado, municipio o región, para reducir la morbi-mortalidad atribuible a los accidentes. Instituir el programa "sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas".

Objetivos específicos

- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones para contar con información, oportuna veraz y confiable.
- Fortalecer la investigación operativa en factores de riesgo de lesiones por causa externa e instrumentar las medidas necesarias para la prevención y control de accidentes.
- Desarrollar instrumentos de educación para la salud dirigidos a la población general y difundir la información pertinente para la prevención y control de los accidentes.
- Implementar mecanismos de comunicación social para estimular la cultura de la prevención en la población con énfasis en la de mayor riesgo.
- Unificar el sistema de comunicación entre las unidades móviles de atención prehospitalaria y las unidades hospitalarias receptoras.
- Regionalizar los servicios de atención prehospitalaria junto con las unidades hospitalarias receptoras.
- Ofrecer acceso inmediato a los servicios de urgencias en las unidades hospitalarias.
- Reducir los tiempos de espera en los servicios de urgencias de las unidades hospitalarias.
- Regular mediante acreditación y certificación a quienes otorgan atención prehospitalaria.
- Establecer convenios de colaboración con las instituciones públicas, y privadas para facilitar la atención de pacientes que por la gravedad de su condición requieran de intervenciones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos inmediatos.
- Participar en la revisión, integración, actualización y creación del marco jurídico para la atención integral del paciente accidentado y poder poner en operación el Sistema de Atención Médica de Urgencias en cada entidad Federativa.
- Disminuir la morbi-mortalidad y la discapacidad a través de la atención médica oportuna y de alta calidad.
- Desarrollar criterios de actualización estandarizados para la atención de urgencias, mediante manuales de organización, procedimientos y guías terapéuticas.
- Elaborar los protocolos de manejo integral del paciente accidentado para su revisión, modificación y aprobación, en todas las unidades del sistema de salud.
- Elaborar manuales de organización y procedimientos para la certificación de hospitales en las áreas de urgencias.

- Lograr la equidad y la calidad en la atención prehospitalaria y hospitalaria, considerando la acreditación, certificación y capacitación de los prestadores de este servicio.
- Fortalecer la coordinación y participación de las instituciones, dependencias y organizaciones involucradas en esta materia.

V. Nuestra intervención

V. Nuestra intervención

Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes:

- Adecuar el decreto de creación del Consejo a las condiciones y necesidades actuales.
- Impulsar un programa de comunicación social que ayude a desarrollar la cultura de la prevención en la población.
- Trabajar conjuntamente para generar y procesar información que permita conocer con precisión las áreas de riesgo y las intervenciones efectivas que deban de implementarse en primer término.
- Impulsar adecuaciones legislativas que obliguen al Estado a adoptar medidas preventivas y de control de accidentes.

Centro Nacional para la Prevención de Accidentes:

- Promover en las comunidades y municipios el desarrollo de la cultura de la prevención.
- Colaborar con los Servicios Estatales de Salud para reglamentar y normar las acciones de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes.
- Promover el refuerzo de leyes y reglamentos para la penalización de acciones que propician accidentes.
- Reforzar los programas de prevención de accidentes en los Servicios básicos que otorga el sector salud.
- Promover la capacitación, en todos los niveles educativos, para la adecuada y oportuna atención de los lesionados en accidentes.
- Desarrollar la norma para la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Estrategias y líneas de acción

Impulsar y fortalecer las acciones de prevención

Conforme al Programa Nacional de Salud, los problemas emergentes asociados a las enfermedades no transmisibles y las lesiones exigen de una definición clara de prioridades, de la promoción de estilos de vida saludables y de mayores esfuerzos para la detección temprana de los principales padecimientos de este grupo.

Como en muchos otros campos la educación escolar es el campo propicio para el desarrollo de la cultura de la prevención.

En la aplicación de las estrategias de prevención es indispensable adoptar un enfoque intersectorial e involucrar a organismos gubernamentales, legislativos, asociaciones profesionales, medios de comunicación, organismos no gubernamentales, instituciones académicas, organismos del sector privado y de la sociedad en general.

En lo que respecta a la prevención, destacan las acciones que deben desarrollarse en torno al sector educativo. Los niveles de educación primaria y secundaria constituyen el espacio apropiado para inculcar en los niños y adolescentes la cultura de la prevención.

En México se encuentra arraigada la idea de que los accidentes son hechos fortuitos, consecuencia de fenómenos aleatorios en los que mucho tiene que ver el destino del individuo y poco las actividades que sin precauciones se llevan a cabo. Es indispensable crear la cultura del autocuidado.

Los maestros deben saber que más del 90% de los accidentes que ocurren en nuestro país son evitables. La influencia que tienen en los estudiantes facilita su participación en el desarrollo de hábitos de vida seguros.

Es conveniente proceder con maestros, alumnos y padres de familia de primaria y secundaria para contrarrestar paulatinamente la atávica cultura del riesgo. La valentía, temeridad y audacia con frecuencia se refuerzan desde temprana edad ligándolas a la necesidad de reforzar el género masculino. En este aspecto, no existen diferencias importantes por grupos de edad o por nivel socio-económico, cultural o educativo.

Los libros de texto gratuito y el material educativo contienen información para la prevención de Accidentes.

Organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), desde 1986 han trabajado para desarrollar un programa integral de educación para la Salud en la escuela. En 1989, se suscribió un acuerdo de coordinación entre la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SSA), para desarrollar el mencionado programa de educación y salud.

El marco jurídico legal para las acciones que deben de aplicarse en este sentido, se encuentran contempladas en las normas:

- NOM-009-SS-1993, que establece los criterios, lineamientos y estrategias para que el personal de salud fomente la salud escolar en el ámbito de educación básica.
- NOM-032-SSA-1999, que regula aspectos como la vacunación universal, la prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas así como el control de la nutrición.

El 13 de agosto del 2001 las Secretarías de Educación Pública y de Salud firmaron las bases de coordinación para el establecimiento, desarrollo y ejecución del Programa de Educación Saludable. Este programa contiene las medidas necesarias para prevenir accidentes y crear un entorno seguro para los educandos.

La escuela es el medio propicio para capacitar a los alumnos interesados y a los maestros designados, en la atención inicial de los lesionados en accidentes escolares. La atención oportuna y adecuada puede evitar la muerte y prevenir discapacidades y lesiones permanentes. Medidas sencillas aplicadas oportunamente por alumnos o maestros capacitados para tal fin, redundan en beneficios permanentes para quienes sufren un accidente en la escuela.

El entorno escolar es el espacio propicio para desarrollar en la sociedad, las conductas de vida segura que después se aplican en la vía pública, el hogar y en las actividades deportivas y recreativas. Es por ello que resulta imperativo priorizar este enfoque.

La ingesta excesiva de bebidas alcohólicas está relacionada a más del 60% de los accidentes mortales. Los niños y adolescentes generalmente poseen el poder disuasivo para evitar que familiares y amigos conduzcan cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol o drogas ilícitas.

El maestro puede generar en los alumnos la necesidad de contar con una escuela saludable y segura.

En las ciudades medianas y grandes de México el peatón se ve obligado a disputar con vehículos y conductores los espacios viales. Este hecho aumenta notablemente la posibilidad de que ocurran accidentes. El peatón es el que tiene mayor grado de vulnerabilidad. Cruzar en las esquinas, usar los puentes peatonales y las zonas destinadas para su uso, puede ayudar a reducir el riesgo de atropellamientos en la vía pública.

La utilidad del uso del cinturón de seguridad y de las sillas porta bebe debe ser enfatizado por maestros, alumnos y padres de familia por representar la medida sencilla de fácil adopción, que más allá de cualquier duda, puede evitar la muerte o atenuar las consecuencias de un accidente.

Es conveniente alertar a alumnos y maestros sobre los riesgos que significan el manejo inadecuado del agua caliente, de la corriente eléctrica y de los productos cáusticos.

Los accidentes asociados a la recreación y el deporte pueden prevenirse mediante la emisión y aplicación de reglamentos sencillos. El uso de medidas protectoras como el casco, las rodilleras, coderas, lentes y ropa apropiada, para andar en bicicleta, patineta o triciclos, ayuda a evitar accidentes. En la mayoría de los casos, atenúan las consecuencias de los traumatismos severos.

La prevención de accidentes carreteros es sin duda responsabilidad de la autoridad gubernamental. En las carreteras federales se han identificado más de 5 000 puntos negros donde medidas sencillas y no muy costosas ayudarían a evitar un número importante de accidentes.

Durante los últimos años la inversión destinada al mantenimiento de las carreteras del país ha sido muy baja, su proporción relacionada al PIB se encuentra muy por debajo de lo necesario y de lo que aplican los países desarrollados.

Es necesario enfatizar el ahorro que significa para el Estado invertir en materia de prevención. Las inversiones para prevenir accidentes representan una inversión recuperable a corto plazo. Expertos alemanes consideran que por cada peso que han invertido en prevención, han ahorrado poco más de cinco.

La inversión en para el mantenimiento de las carreteras es muy precaria.

Considerar que los accidentes en carreteras federales se deben primordialmente al exceso de velocidad es resultado de un análisis simplista de los hechos y a la carencia de cifras confiables. Con frecuencia éstas son modificadas a conveniencia del generador de los datos o a los sesgos que el usuario mismo les impone.

En lo que respecta a accidentes en el trabajo, en México se han logrado avances notables gracias a las medidas que la SCT, los empresarios, el IMSS y los sindicatos han aplicado coordinadamente en beneficio de los trabajadores.

Adecuar los sitemas de registro, proceso, almacenado y análisis de la información

Es conocido y aceptado que la información epidemiológica disponible es heterogénea en calidad y confiabilidad. Es necesario que el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes establezca compromisos con los organismos involucrados para generar, registrar, procesar, almacenar, analizar y distribuir información que haga evidente la problemática que es necesario enfrentar y resolver. La disponibilidad de datos que reflejen la realidad es necesaria para identificar los puntos de riesgo, donde es necesario implementar medidas preventivas, que permitan disminuir las altas tasas de mortalidad, morbilidad y siniestralidad. En el ámbito urbano las autoridades deben asumir su compromiso, facultad y autoridad para intervenir y participar en las acciones que permitan disminuir los accidentes viales y sus consecuencias. Sólamente la Información confiable y oportuna permitirá conocer con certeza los factores de riesgo e implementar las medidas preventivas más efectivas en el corto plazo.

Sólamente la Información confiable y oportuna permitirá conocer con certeza los factores de riesgo e implementar las medidas preventivas más efectivas en el corto plazo.

Actualmente, la información sobre los lesionados en accidentes la generan diferentes fuentes y sus resultados e interpretación son con frecuencia sesgados. Carecer de datos confiables impide tomar decisiones adecuadas y lo que es más grave, representa la excusa más frecuente de los sectores involucrados, para evadir la responsabilidad que les corresponde.

Es posible que una central de despacho como la que mencionamos en el rubro de atención prehospitalaria, permitirá obtener parte de la información necesaria.

Investigación

Los datos que puedan obtenerse a través de un sistema de información moderno, multisectorial y confiable permitirá adoptar medidas preventivas eficientes; sin embargo, es probable que su disponibilidad no sea en el corto plazo. Es necesario analizar detalladamente esta información y la que requiera ser complementada de manera inmediata, obtenerse a través de estudios de investigación tipo centinela.

Impulsar la adecuación del marco jurídico

Es responsabilidad del Estado intervenir mediante la ejecución de políticas públicas para la prevención de accidentes y para la atención de los lesionados en dichos percances.

La atención médica prehospitalaria se inscribe como parte del derecho a la protección de la salud; a la fecha, el Estado ha faltado a su obligación y responsabilidad de garantizarla.

Es necesario fortalecer la normatividad para la prevención de accidentes.

Es importante involucrar a los diputados locales y federales para la formulación de un marco jurídico que regule, refuerce e imponga las acciones preventivas de accidentes.

La ausencia de un marco jurídico para la atención prehospitalaria propicia un alto grado de vulnerabilidad de los lesionados en accidentes. La incertidumbre respecto a su manejo, traslado y tratamiento resulta inaceptable.

La falta de normatividad ha propiciado la intervención de grupos de voluntarios que no siempre están capacitados para participar eficientemente en el manejo de los lesionados en accidentes.

Los Servicios de Salud de los estados controlan sus sistemas de atención de lesionados en accidentes y es a este nivel donde se puede y debe establecer el marco jurídico-legal que requieren los Consejos Estatales para normar, supervisar, administrar y evaluar las acciones de los involucrados.

Además de elaborar una Norma Oficial Mexicana para la atención prehospitalaria de urgencias médicas es conveniente trabajar en los siguiente aspectos:

- Promover la práctica de exámenes psicofísicos integrales a los responsables del transporte público, como requisito para la emisión o revalidación de las licencias de conducir.
- Reforzar la legislación para la detección y penalización de quienes conducen vehículos automotores bajo los efectos del alcohol o de drogas prohibidas. Esto debe aplicarse en carreteras federales, estatales, municipales, así como en las áreas urbanas y suburbanas.
- Promover con los concesionarios de autobuses urbanos, interurbanos, suburbanos y federales para que adecuen la remuneración de sus conductores de acuerdo a la calidad y no a la velocidad con la que ejecutan su trabajo.
- Sugerir a los gobiernos estatales y municipales reformar sus leyes o reglamentos hacer obligatorio el uso del cinturón de seguridad y de las sillas porta-bebé.
- Recomendar la formación de un órgano rector que promueva el uso de controladores de velocidad en autobuses urbanos y foráneos.
- Impulsar el uso de sistemas de control de tránsito en las principales vialidades urbanas y en las vialidades interurbanas y carreteras.
- Actualizar la normatividad respecto al proyecto, construcción y señalamiento de las vías federales y promover su homologación con los gobiernos estatales y municipales.
- Reforzar el programa de mejoramiento de la infraestructura en tramos con altos índices de accidentes.
- Consolidar la coordinación interinstitucional con objeto de definir estrategias conjuntas para capacitar al personal involucrado en la atención a las víctimas de un accidente.

Dentro de las modificaciones al marco jurídico-legal se menciona la necesidad de contar con una norma para la atención prehospitalaria del lesionado en accidentes, por lo que se propone:

Proyectar la Norma Oficial Mexicana para la Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas

Considerandos

La Ley General de Salud, título segundo, capítulo I, artículos 5º. y 6º. fracciones I y VII respectivamente, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1997 que define la responsabilidad de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud en la prestación de servicios de salud y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Salud, título octavo, capítulo IV, artículo l63, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de febrero de l987.

El decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes en marzo de 1987, con objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes.

La Ley de Salud de las Entidades Federativas que establece la responsabilidad de planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud para la prevención y control de accidentes, así como la coordinación del Sistema de Salud para la elaboración y conducción de las políticas en la materia.

Que es facultad del Gobierno de cada Entidad Federativa promover la participación de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado en el sistema de salud del estado.

Que el aumento en el número de defunciones como resultado de accidentes viales, en el hogar, en el trabajo, en la escuela y en el deporte y la recreación demanda de acciones para prevenirlos y en su caso atenderlos.

Que las Entidades Federativas disponen de prestadores de servicios prehospitalarios para la atención de las urgencias médicas con infraestructura heterogénea para atender las necesidades de la población. Requieren de un programa de organización para prestar los servicios coordinada y efectivamente.

Con la elaboración de esta norma, el Gobierno de México dará cumplimiento al derecho a la protección de la salud de sus pobladores y a la plena igualdad jurídica de hombres y mujeres. Con lo anterior se protege la organización e integración de las familias y se cumple con los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de atención prehospitalaria a las urgencias médicas. Asimismo, se favorecerá la coordinación de los servicios de atención prehospitalaria (unidades móviles, tipo ambulancia) y hospitalaria (hospitales públicos, de seguridad social y privados), y se estandarizarán los procedimientos para que la atención de las urgencias sea oportuna, eficiente y de calidad.

Objetivo general

- Establecer los criterios para la atención prehospitalaria que se otorga en el lugar del accidente, se continúa durante el traslado del paciente y culmina con su entrega en la unidad de salud.
- Elaborar y fomentar la adición o modificación de leyes, normas y reglamentos a favor de las instituciones públicas, sociales y privadas que brindan atención médica prehospitalaria.
- Brindar acceso inmediato a lesionados en accidentes a los servicios de urgencias hospitalarias y reducir los tiempos de espera y atención.
- Unificar el sistema de comunicación entre las unidades móviles de atención prehospitalaria y las unidades hospitalarias receptoras. Ordenar, controlar y capacitar a los prestadores de servicios de atención prehospitalaria. Reforzar el reglamento para la verificación y certificación de ambulancias y vehículos para emergencias médicas. Regionalizar las unidades médicas hospitalarias de acuerdo a sus recursos y capacidad resolutiva.

Es indispensable que exista uno Norma Oficial Mexicana para la Atención prehospitalaria de urgencias médicas.

- Asegurar la atención médica en los servicios de urgencias de unidades hospitalarias las 24 horas de los 365 días del año, desarrollar criterios de actuación estandarizados y publicar y difundir manuales de procedimientos y guías terapéuticas.
- Capacitar y adiestrar los recursos humanos necesarios para garantizar la adecuada operación del sistema para que brinde atención cálida y humana a los pacientes y sus familiares.
- Establecer convenios de colaboración para la atención de pacientes que por su gravedad requieran de abordajes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos inmediatos.
- Revisar la distribución geográfica de la infraestructura de servicios y llevar a cabo su regionalización de acuerdo a los servicios disponibles.
- Diseñar y difundir campañas permanentes de prevención y control de accidentes. Procurar la colaboración de la Cámara de la Industria de la Radio y la Televisión, de la Asociación Mexicana de la Publicidad y demás organismos relacionados con los medios de comunicación para programar acciones que ayuden a desarrollar la cultura de la prevención.
- Desarrollar un sistema de información ágil, veraz, oportuno y confiable para el adecuado proceso en la toma de decisiones y en la planificación estratégica.

Campo de aplicación

Esta norma será de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones serán de orden público e interés social y tendrá por objeto regular la prestación de servicios médicos prehospitalarios, hospitalarios e interhospitalarios de los sectores público, social y privado.

Promover la atención integral de los lesionados en accidentes

La experiencia de otros países, y la documentada en México, sugiere que la atención integral del paciente accidentado se logra a través del sistema de atención prehospitalario de urgencias médicas. El tiempo que transcurre entre un accidente y el tratamiento inicial es de vital importancia para el desenlace final del accidente. A este espacio de tiempo se le conoce como "la hora dorada". En realidad el manejo inicial lo puede otorgar la primera persona que entra en contacto en el lesionado. El tiempo y características de la transportación del sitio del accidente al servicio de urgencias son fundamentales y por último, las comunicaciones son fundamentales para la operación oportuna del sistema.

En términos generales, los ciudadanos comunes son quienes tienen el primer contacto con el accidentado, por lo que representan un componente esencial y con frecuencia ignorado en los sistemas de atención médica de urgencias. En este sistema se plantea la necesidad de educar a la población para reconocer una urgencia, tener acceso al sistema e iniciar el apoyo básico para mantener con vida al lesionado.

La capacitación del personal de salud comunitario o de ciertos personajes claves de la comunidad, pueden ser la única estrategia viable en las áreas rurales.

Sistema de comunicación

Establecer un sistema eficiente de comunicación entre los servicios de urgencias y la población en general es crucial para el sistema. Es necesario sistematizar los procedimientos para atender una llamada de auxilio, clasificarla y enviar los recursos necesarios para resolver la urgencia.

Es recomendable contar con un numeró telefónico único para la atención de urgencias médicas.

El teléfono es el medio principal para solicitar atención médica de urgencias y resulta indispensable que su acceso sea gratuito y que exista un número único. Sin embargo, hay comunidades que no cuentan con este servicio y requieren de otro tipo de procedimiento, como puede ser el radio VHF.

En la séptima reunión del Consejo Nacional de Seguridad Pública se emitió el Acuerdo CNSP-69/99, por el que se exhorta a los gobiernos de las Entidades Federativas a continuar instalado el Servicio Telefónico Nacional de Emergencia (066) en todo el país.

Central única de urgencias

Es recomendable establecer un sistema de comunicaciones eficaz entre la comunidad, los servicios médicos prehospitalarios y los hospitalarios. El enlace de los componentes dentro de la organización requiere de un plan de comunicación amplio y flexible.

Establecer centrales únicas de urgencias es el primer paso en el establecimiento del sistema.

Uno de los objetivos de la central única de urgencias es establecer los mecanismos de coordinación entre las instituciones, dependencias y organizaciones para garantizar a la población información, orientación y ayuda en casos de urgencia.

Las funciones sustantivas del sistema están encaminadas a prestar a la población atención de urgencias, oportuna, continua, eficiente y de calidad las 24 hrs. los 365 días del año.

Para brindar atención uniforme y de calidad es necesario desarrollar protocolos que proporcionen enfoques estandarizados para la solución de los problemas médicos más frecuentes.

La central única de urgencias puede ser organizada con la participación de instituciones, dependencias y organizaciones de salud pública, seguridad social y privadas y su operación puede ser coordinada por la Secretaría de Salud, de cada entidad federativa.

Es recomendable que se disponga de personal médico o técnico capacitado para operar los sistemas de comunicación.

Es conveniente que cuente con los sistemas de comunicación necesarios para su operación, como pueden ser la telefonía digital con troncales que enlacen los sistemas involucrados, radio teléfono para enlace interinstitucional y radio VHF para enlazar a todo el sistema.

Es importante considerar que un mismo sistema no puede cubrir los requerimientos de todas las Entidades Federativas, de todas las regiones o comunidades. Cada estado debe diseñar el propio de acuerdo a sus necesidades particulares.

Atención prehospitalaria móvil

En México, la atención prehospitalaria ha sido otorgada tradicionalmente por instituciones privadas como la Cruz Roja Mexicana y otras organizaciones, en su mayoría privadas, con intervención variable de las instituciones públicas de salud. El grado de participación de los gobiernos estatales y municipales y de las instituciones mencionadas varía en cada Entidad Federativa.

Organizaciones altruistas participan en el auxilio de los lesionados en eventos accidentales. Muchas de estas organizaciones no cuentan con domicilio o razón social real, no se encuentran legalmente constituidas, no tiene financiamiento de organizaciones o empresas, por lo cual obtienen sus recursos mediante servicios especiales de traslado, donativos de los usuarios y ocasionalmente mediante ilícitos asociados al otorgamiento de sus servicios.

El objetivo primordial de sistematizar la atención médica de urgencias es ordenar, controlar y capacitar a los prestadores de servicios de atención prehospitalaria para el manejo de ambulancias verificadas, certificadas y con personal capacitado para la atención inicial y la derivación a las unidades médicas hospitalarias. La selección del destino del paciente debe ser acorde a sus necesidades y a los recursos y capacidad resolutiva de la unidad seleccionada.

Esta norma tiene por objeto establecer los requisitos y características que deben tener las centrales de urgencias, las unidades móviles de atención médica tipo ambulancia (de urgencia, de cuidados intensivos y de transporte o traslado ya sean terrestres, aéreas o marítimas), su personal y las unidades médicas con servicios de atención de urgencias médicas.

Atención hospitalaria

En la atención hospitalaria no existe definición operativa ni coordinación, entre la medicina de urgencias y las especialidades médicas de apoyo. Prevalece la falta de enlace para los procedimientos de admisión y de referencia y contrarreferencia y se carece de guías homogéneas para diagnóstico y tratamiento.

El sistema de atención médica de urgencias establecerá y coordinará las siguientes acciones:

- Determinar la capacidad instalada de las instituciones de salud públicas, de seguridad social y privadas mediante censos nacionales y estatales de recursos existentes para la atención médica integral del lesionado. Proponer la regionalización funcional y definir los niveles de atención.
- Impulsar servicios de atención de urgencias estandarizados y homogéneos.
- Desarrollar criterios de actuación estandarizados para la atención de urgencias. Publicar y distribuir manuales de organización y procedimientos y de guías terapéuticas.
- Elaborar protocolos consensuados para el manejo integral del paciente accidentado.
- Actualizar los registros y catálogos de recursos humanos técnicos de los servicios de urgencias.
- Diseñar un sistema único de información epidemiológica de urgencias.

- Elaborar manuales de organización y procedimientos para la certificación de las unidades de urgencias médicas en hospitales.
- Formular el cuadro básico de medicamentos y material de curación para las unidades de urgencias médicas en hospitales.
- Elaborar el cuadro básico de equipo biomédico necesario para las unidades de urgencias médicas en hospitales.

Fomentar la capacitación

El principio de corresponsabilidad entre el ciudadano y los servicios de urgencias se refuerza mediante programas de capacitación a personas de la comunidad. Las maniobras de soporte vital-básico son esenciales para mantener con vida al lesionado mientras se recibe la ayuda necesaria.

Es recomendable Capacitar al Ciudadano común, a los lideres comunitarios en la atención de urgencias médicas.

Es necesario capacitar al personal de salud de la comunidad o a ciertos personajes claves de la comunidad (maestros, líderes, jefes comunales) para ampliar los servicios de urgencias a municipios y comunidades aisladas.

Es indispensable contar con los recursos humanos para operar adecuadamente el sistema. Se requiere de personal capacitado en los siguientes rubros:

- Primeros auxilios.
- Atención Médica Integral del Paciente Accidentado (AMIPA).
- Apoyo Vital Avanzado en trauma(ATIS).
- Apoyo Vital Cardiaco Avanzado (ACIS).
- Apoyo Vital Avanzado en Pediatría (PALS).
- Apoyo Vital Prehospitalario (PHTLS).

Además, es necesario capacitar a enfermeras, jefas de urgencias, trabajadoras sociales y al personal de admisión adscrito a los servicios de urgencias de los centros regionales.

Por otro lado, se requiere de radio-operadores y técnicos en urgencias médicas capacitados para el manejo del equipo de comunicación y para el registro y emisión de informes de informática.

Es recomendable impulsar la capacitación en primeros auxilios en las escuelas de medicina. Los médicos deben a su vez ser responsables de la capacitación del personal paramédico y de enfermería.
Un despachador debe de estar capacitado como técnico en urgencias médicas y certificado por alguna institución gubernamental autorizada.

Evaluar los resultados de las acciones y estrategias

El resultado de las medidas adoptadas en prevención y control de accidentes será medido a través de la modificación de los indicadores de resultados.

Las metas de impacto para el período 2001-2006 son reducir la mortalidad por accidentes en un 10%, disminuir la que ocurre en el hogar en el 13% y la que se presenta por accidentes de tráfico en un 25%.

Para evaluar las acciones que llevemos a cabo en cada una de las estrategias será necesario esperar que sus resultados se reflejen en los indicadores mencionados.

VI. Apéndice

VI. Apéndice

Glosario de términos

Accidente. Hecho súbito que ocasione daños a la salud y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles (Ley General de Salud, capítulo IV, artículo 162). La Organización Panamericana de la Salud define al ACCIDENTE, como la cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional. En cuanto a los fenómenos naturales que estrictamente son accidentes, hay una tendencia a considerarlos por separado, atendiendo principalmente a su masividad.

Ambulancia de cuidados intensivos. A la unidad móvil terrestre o aérea que proporciona atención médica prehospitalaria o interhospitalaria al paciente en estado crítico, que requiere de cuidados especiales durante su traslado. Cuenta con personal capacitado y con recursos físicos necesarios. (NOM 020 SSA2 I994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles).

Ambulancia de urgencia. A la unidad móvil aérea o terrestre que proporciona atención médica prehospitalaria o interhospitalaria en casos de urgencias (NOM 020 SSA2 I994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles).

Ambulancia de transporte. A la unidad móvil aérea o terrestre, para el traslado de pacientes cuya condición no represente una urgencia (NOM 020 SSA2 I994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles).

Atención médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (Ley General de Salud, capítulo II, artículo 32).

Atención médica hospitalaria. A la otorgada durante el traslado entre los hospitales. El propósito es mantener la estabilidad del paciente y controlar los riesgos para la vida durante el transporte (NOM 020 SSA2 1994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles).

Desastre. Se refiere a una interrupción seria en el funcionamiento de una sociedad, causa de grandes pérdidas humanas, materiales o ambientales, suficientes para que la sociedad afectada no pueda salir por sus propios medios (Ley de Protección Civil. Gaceta Oficial del D.F. 10/enero/96, pag.4).

Emergencia. Es definido como un evento repentino e imprevisto, que hace tomar medidas de prevención, protección y control inmediato para minimizar sus consecuencias (Ley de Protección Civil, Gaceta Oficial del D.F. 10/enero/96, pag. 4).

Establecimientos para la atención médica. Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulancia o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

La atención médica hospitalaria. A la otorgada en casos de urgencia desde el primer contacto con el paciente, con el fin de brindarle las medidas necesarias para su sobrevivencia o estabilización hasta la llegada de la unidad móvil y la entrega en un centro hospitalario (NOM 020 SSA2 I994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles).

Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social. Son los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a su beneficiarios; los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios (Ley General de Salud, capítulo III, 37).

Servicios de salud de carácter social. Son los que prestan directamente o mediante contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos (Ley General de Salud, capítulo III, artículo 39).

Servicios de salud privados. Son los que prestan a personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos (Ley General de Salud, capítulo III, artículo 38).

Servicios públicos a la población en general. Son los que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratitud fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Ley General de Salud, capítulo III, artículo 35).

Triage. Se refiere a la clasificación internacional utilizada en las personas que sufren lesiones traumáticas, basado en el peligro inminente de perder la vida:

- Rojo: paciente grave, en inminente peligro de morir.
- Amarillo: paciente con sistema vital lesionado, pero estable, pone en peligro su vida.
- Verde: paciente que presenta lesiones leves y no tiene peligro de perder la vida.
- Negra: las condiciones del paciente no son compatibles con la vida, o el paciente ha fallecido antes de auxilio.

Urgencia. Es todo problema médico-quirúrgico agudo que pone en peligro la vida un órgano o una función y que requiere de atención inmediata (legislación sanitaria, reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. capítulo IV, artículo 72, pag. 301).

Abreviaturas y acrónimos

ACIS. Apoyo vital cardiaco avanzado.

AMIPA. Atención médica integral del paciente accidentado.

ATLS. Apoyo vital avanzado en trauma.

CNSP. Consejo Nacional de Seguridad Pública.

CONAPRA. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

COEPRA. Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes.

DGEI. Dirección General de Estadística e Informática.

DGAF. Dirección General de Autotransporte Federal.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social.
ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
LGS. Ley General de Salud.
NOM. Norma Oficial Mexicana.
OMS. Organización Mundial de la Salud.
OPS. Organización Panamericana de la Salud.
PALS. Apoyo vital avanzado en Pediatría.
PHTLS. Apoyo vital prehospitalario.
PIB. Producto Interno Bruto.
PFP. Policía Federal Preventiva.
SIVEIMSS. Sistema de vigilancia activa del Instituto Mexicano del Seguro Social.
SISPA. Sistema de Información en Salud para Población Abierta.
SSP. Secretaría de Seguridad Pública.
SCT. Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
SEP. Secretaría de Educación Pública.
SSA. Secretaría de Salud.
SIU. Sistema Único de Información.
UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNESCO. Organización de las Naciones para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Programa de Acción: **Accidentes**
Primera edición: 1000 ejemplares
Se terminó de imprimir en abril de 2002

Salud

Programa Nacional de Salud **2001-2006**

Estrategia

3 Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

IMSS

CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

SECRETARÍA DE SALUD | SSA

ISSSTE

www.ssa.gob.mx